Al Ministero della Salute

Direzione generale della prevenzione

UFFICIO 2

**PEC**: medicicompetenti@postacert.sanita.it

e, p.c., all’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oggetto: comunicazione ai sensi dell’art. 38, comma 3, D. Lgs. 81/08 e s.m.i. e dell’art. 2, comma 2, del D.M. 4 marzo 2009 recante “Istituzione dell'elenco nazionale dei medici competenti in materia di tutela e sicurezza nei luoghi di lavoro”**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo di posta elettronica certificata (PEC)\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, laureato/a in Medicina e Chirurgia, specialista/docente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritto all’albo professionale dell’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritto presso l’Elenco nazionale dei Medici Competenti istituito presso il Ministero della Salute, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA**

di aver ottemperato all’obbligo formativo individuale previsto dal programma di Educazione Continua in Medicina per il triennio 2020-2022 e, altresì, di avere assolto l’obbligo previsto dall’art. 38, comma 3, del D. Lgs. 81/08 e s.m.i., avendo conseguito detti Crediti nella misura non inferiore al 70% del totale nella disciplina “Medicina del Lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro. Radioprotezione”.

Si allega copia del documento di riconoscimento.

Distinti saluti

Luogo e data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_